

REGISTRO DE PACIENTE

IDENTIFICACIÓN			La fecha de hoy	
POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE Y RELLENE TODOS LOS ESPACIOS DE ABAJO				
Nombre del paciente (último, primero, media inicial):		Fecha de nacimiento	Seguro social #	
Dirección postal		Ciudad	Estado	ZIP
Dirección de correo electrónico		Teléfono de casa	Teléfono celular	Teléfono del trabajo
Empleador		Ocupación	¿Cuánto tiempo?	Género
				M F
Responsable (si es distinto del paciente)			Teléfono	
Médico de familia		Ciudad	Estado	Teléfono
Contacto de emergencia		Relación con el paciente	Teléfono	

¿Cuál es la mejor manera de comunicarnos con usted?

¿Cómo preferiría que su próxima cita confirmada? _____ Por favor confirmar por correo electrónico (pronto a estar disponible). _____ Por favor confirmar por teléfono.

_____ Por favor confirmar por mensaje de texto a mi celular (cuando esté disponible).

¿Cómo prefiere recibir nuestro boletín trimestral?

_____ Por favor enviarlo por correo electrónico (pronto a estar disponible).

_____ Envíela por correo. . _____ Por favor no envíar.

Fecha: _____

Historia clínica

Nombre: _____

Con el fin de tratar a nuestros pacientes tanto de forma segura y efectiva, es necesaria una historia médica completa y actualizada. Por favor, conteste las siguientes preguntas con la mayor precisión posible.

¿Tiene o ha tenido alguna vez:

- | | | | |
|---|---|---|---|
| ¿Marca paso de corazón? * | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Soplo cardíaco? * | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Prolapso de la válvula mitral? * | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Endocarditis bacteriana? * | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Asma? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Fiebre reumática? * | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Sinusitis? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Tuberculosis? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Enfisema? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿EPOC? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Tos persistente? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Ictericia? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Dolor en la mandíbula? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Hepatitis? A B C (marque todas las que apliquen) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Diabetes? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Embarazada? (actualmente) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Embolia? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Amamantando? (actualmente) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Infecciones o SIDA? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿La presión arterial alta? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Tinnitus (zumbido en los oídos)? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Tratamiento psiquiátrico? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Anemia? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Epilepsia? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Ha perdido o subido más de 15 libras en el último año? | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Está tomando actualmente (o ha tenido IV) diluyentes de la sangre?
(por ejemplo, aspirina, Plavix, Coumadin, Warfarin, Xarelto) (Fortalecimiento de los huesos) | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Está tomando actualmente medicamentos para la Osteoporosis?
(por ejemplo, Actonel, Fosamax, Boniva, Reclast, Aredia, Zometa, Prolia, xGeva) - píldora o inyección | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿La apnea del sueño? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| ¿Válvulas cardíacas artificiales?* | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si es así, cuando? _____ | |
| ¿Articulaciones vasculares (de angioplastia)?* | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si es así, cuando? _____ | |
| ¿Articulaciones artificiales? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si es así, cuando? _____ | |
| ¿Cáncer | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si es así, cuando? _____ | |
| ¿Esta actualmente en tratamiento de cáncer? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |

¿En caso afirmativo, describir? _____

¿Han estado hospitalizado en los últimos 2 años? Si es así, por favor explique e incluya fechas Sí No _____

¿Sangrado excesivo? Sí No ¿En caso afirmativo, describir? _____ **Por**

favor circule alguna alergia:

Ninguno penicilina codeína drogas de Sulfa morfina lidocaína/novocaína
Acrílico Yeso Látex Adhesivos (cinta)

Haga una lista de otras alergias:

Lista de todos los medicamentos y suplementos de hierbas que ha tomado en el año pasado: (incluye la aspirina)

Por favor describa cualquier otra historia clínica significativa:

*Condición de salud que puede requerir pre-medication

CENTROS DENTALES/CENTRO DE AUDENCIA MID-AMERICA FORMULATORIO DE AUTHORIZACION DEL PACIENTE

Debajo de la ley de responsabilidad y portabilidad de seguro de salud (HIPAA) establece su derecho a utilizar o revelar mi informacion de salud protegida tal como se especifica a continuacion de los propósitos y las partes designadas for debajo.

Partes a quienes la informacion puede ser divulgada:

Nombre: _____ Parentesco: _____ Telefono: () _____

Nombre: _____ Parentesco: _____ Telefono: () _____

Nombre: _____ Parentesco: _____ Telefono: () _____

Me reservo al derecho de:

- Revocar esta autorizacion por escrito por enviarlo a la atencion de su oficial de privacidad.
 - Inspeccionar o copiar la informacion protegida de salud para ser usada o divulgada;
 - Se niegan a firmar esta autorizacion sabiendo que sera condicion tratamiento o pago en la prestacion de esta autorizacion (excepto para investigacion relacionada con tratamiento).
- Entiendo que informacion usada o divulgada en virtud de esta autorizacion puede ser objeto de revelacion por el destinatario y ya no protegida por HIPAA.

Ha sido ofrecido la politica de privacidad de Dental Centers / Mid-America Hearing Center. Esta oportunidad ha sido proporcionada y e eligido

Revise la politica en su totalidad y se ha proporcionado

No revisar la politica

Firma: _____

Fecha: _____

Politica Financiera General

Nuestra mision es ofrecer Nuestro mayor esfuerzo para menos, en un dia. Servicios dentales que requieren procesos de laboratorio que deba ser rehecho para el ajuste y la funcion que el medico considere necesario. Estos servicios incluyen, pero no se limitan a dentaduras, parciales, coronas, puentes, ferulas de mordida, guardias de noche, dentaduras ponderadas y mensajes personalizados. Con respect a nuestros productos dentales removibles, dentaduras, y parciales, si no esta completamente satisfecho usted puede ser eligible para hasta un reembolso del 50% de los servicios al devolver el product desmontable. Tenga en cuenta que el pago complete es debido al tiempo de servicio. Para ayudarle a recibir este cuidado ofrecemos opciones de pago que son:

Pago complete

 Aceptamos efectivo, cheque, Discover, Visa, MasterCard, American Express, y mas 200 otras

 Plan de pago de CareCredit

 6 Meses sin Plan de pago de interes (sip aga dentro del period promocional)(\$700 o mas)*

 Pago de plan extendido 24/36/48/60 meses (\$1,000 o mas) *

 *sujeto a aprobacion de credito. Algunas restricciones aplican

Por lo presente autorizo y solicito a mi proveedor que realice cual quier tipo de tratamiento, medicamentos, y terapia en mi nombre que pueden ser indicados y acordados por mi en relacion con mi atencion dental e higienica. Entiendo antes del tratamiento el proveedor o su personal, explicara los procedimientos involucrados en el tratamiento surgido. Autorizo la toma de imagines para su uso en mi education/evaluacion y entiendo estas imagines podran ser compartidos con terceros en el moment de remission, si se necesita tratamiento adicional de otros profesionales de salud. Me doy cuenta de que entre los que atienden a los pacientes son profesionales de la salud en la formacion que son participantes en mi cuidar como parte de su education. Soy conciente que la practica de la ontologia y la adaptacion de audifonos no es exacta ciencia y endiendo que no ay garantia o promesa con respect a los resultados de examen o tratamiento que recibo. Autorizo a Dental Centers y Mid-America Hearing Centers, para fijar mi nombre a todas las presentaciones de seguros, documentos, y informacion requerida por la compania de mi aseguransa dental. Autorizo a mi proveedor presentar una queja ante la commission de seguros en mi nombre si es necesario.

Yo, el paciente suscrito/responsable, e leido las politicas anteriores y lo endiendo totalmente.

Imprimir nombre del paciente: _____

Firma _____ Fecha _____